



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

**CALIDAD Y NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS
PACIENTES DEL CENTRO DE DIALILIFE - CUENCA 2017**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA
A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORES

Cynthia Marcela Largo Coello

CI: 0106441975

Marco Antonio Zamaniego Ávila

CI: 0104982061

DIRECTORA

Mgt. Lcda. Doriz Angélica Jiménez Brito

CI: 1400616320

ASESORA

Mgt. Lcda. Nancy Alexandra Méndez Barbecho

CI: 0103878757

CUENCA-ECUADOR

2018



RESUMEN

Antecedentes: la enfermedad renal crónica representa un problema de salud pública a nivel mundial, produciendo altos costos en salud y repercutiendo negativamente en el bienestar de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la calidad y nivel de satisfacción en la atención de los pacientes del Centro Dialilife - Cuenca.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en 70 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del Centro de Dialilife de Cuenca. Se trabajó con todo el universo y se aplicó un instrumento de recolección de datos que constó del cuestionario SERVQHOS de Mira JJ, modificado por Rodríguez-González para evaluar la calidad de atención y satisfacción. La tabulación de los datos se realizó en el programa de Excel y SPSS versión 15.

Resultados: del total de 70 pacientes estudiados, el 51,4% correspondió al sexo femenino y 48,6% al masculino. El grupo etario más frecuente fue el de más de 65 años con 48,6%, el 60% tuvo un nivel de instrucción primaria, el 42,9% reportó no realizar alguna ocupación en la actualidad. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente con 62,9%. La residencia fue principalmente urbana con 65,7%. La calidad de atención fue “mucho mejor de lo que esperaban” los pacientes en todas las variables evaluadas, siendo más bajos los porcentajes en relación a la información que da la enfermera sobre la higiene corporal (64,3%), la alimentación (77,1%) y las actividades diarias (70,0%).

Conclusiones: la mayoría de los pacientes manifestaron altos niveles de satisfacción con los cuidados sanitarios.

Palabras clave: CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD, DIALISIS RENAL, SATISFACCION DEL PACIENTE,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ABSTRACT

Background: chronic kidney disease represents a public health problem worldwide, producing high health costs and negatively affecting the wellbeing of patients. Therefore, it is important to evaluate the quality of health care to allow the implementation of policies that guarantee a better evolution of the disease, and in this way maintain a good adherence to treatment.

Objective: To evaluate the quality of care and level of satisfaction in health care received by patients at the Dialilife center - Cuenca.

Methodology: a descriptive, cross-sectional study was carried out in 70 patients with chronic renal failure on hemodialysis from the Dialilife hemodialysis center in Cuenca. The whole universe was included, a data collection instrument was applied, it consisted of the de Mira's SERVQHOS questionnaire modified by Rodríguez-González designed to evaluate the quality of care. The tabulation of the data was done in the Excel program and SPSS version 15.

Results: Of the total 70 patients studied, 51.4% corresponded to females and 48.6% to males. The most frequent age group was over 65 years with 48.6%. 60% had a primary level of education. 42.9% reported not doing any occupation at present. Hypertension was the most frequent comorbidity with 62.9%. The residence was mainly urban with 65.7%. The quality of care was "much better than expected" in all the evaluated variables, the percentages being lower in relation to the information given by the nurse on body hygiene (64.3%), nutrition (77.1%) and daily activities (70.0%). 77.2% said they were very satisfied with health care.

Conclusions: the majority of patients showed high levels of satisfaction with health care, considering the quality of assistance of the staff, facilities and operation of the hemodialysis unit as better than expected. These aspects are favorable to ensure good control of the disease, as well as to increase the quality of life of patients with chronic kidney disease.

Key words: QUALITY OF HEALTH CARE, RENAL DIALYSIS, PATIENT SATISFACTION,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DERECHO DE AUTOR	5
RESPONSABILIDAD	8
DEDICATORIA.....	10
AGRADECIMIENTO.....	12
CAPITULO I	13
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3. JUSTIFICACIÓN	20
CAPITULO II	21
2.1. MARCO TEÓRICO.....	21
CAPITULO III	37
OBJETIVOS:	37
3.1. Objetivo general	37
3.2. Objetivos específicos	37
CAPITULO IV	38
4.1 TIPO DE ESTUDIO	38
4.3 UNIVERSO.....	38
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	38
4.5 VARIABLES	39
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	39
4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	41
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4.9. RECURSOS	41



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO V	41
6. RESULTADOS	41
7. DISCUSIÓN	61
8. CONCLUSIONES.....	66
9. RECOMENDACIONES	68
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	78



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL**

Cynthia Marcela Largo Coello, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CALIDAD Y NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE DIALILIFE - CUENCA 2017”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de mayo del 2018

Cynthia Marcela Largo Coello
C.I 0106441975



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Cynthia Marcela Largo Coello autora del proyecto de investigación “**CALIDAD Y NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE DIALILIFE - CUENCA 2017**”. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autoría.

Cuenca, 16 de mayo del 2018

Cynthia Marcela Largo Coello

C.I 0106441975



UNIVERSIDAD DE CUENCA

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Marco Antonio Zamaniego Ávila, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “CALIDAD Y NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE DIALILIFE - CUENCA 2017”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de mayo del 2018

Marco Antonio Zamaniego Ávila

C.I 0104982061



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Marcos Antonio Zamaniego Ávila autor del proyecto de investigación **“CALIDAD Y NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE DIALILIFE - CUENCA 2017”**. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autoría.

Cuenca, 16 de mayo del 2018

Marco Antonio Zamaniego Ávila

C.I 0104982061



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Mi tesis va dedicada con mucho cariño para mis padres que han sido un pilar fundamental en mi carrera brindándome su apoyo incondicional siempre apoyándome hasta culminar con mi carrera.

Cynthia Marcela Largo Coello



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Mi tesis va dedicada de manera muy especial a mi hija y mi esposa por ser las personas que se encuentran a mi lado de manera incondicional, brindándome su apoyo, siendo la fuente de inspiración en la realización de mis metas. También quiero dedicársela a mi madre y mi padre quienes también han sido parte de este proceso.

Marco Antonio Zamaniego



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a mis padres, hermanos y sobrinas quienes han sido la fuente de mi inspiración y mi apoyo incondicional durante el recorrido que he realizado durante mi carrera universitaria hasta llegar a una de mis metas. Haciendo extenso este agradecimiento a mi compañero de tesis Marco, a las Magister Doris y Nancy directora y asesora respectivamente por la ayuda y colaboración brindada.

Cynthia Marcela Largo Coello

Agradezco en primer lugar a Dios por la vida, a mi esposa y a mi hija por ser los pilares fundamentales que con su compañía, paciencia y amor han estado presentes en la obtención de mis metas, a mis padres por haberme apoyado y aconsejado en la toma de decisiones que me llevaron hasta el momento de la realización de los mismos. También quiero hacer un extenso agradecimiento a mi compañera de tesis Marcela, a las Magister Doris, Nancy directora y asesora, respectivamente por la ayuda y la colaboración brindada.

Marco Antonio Zamaniego Ávila



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica ahora se reconoce como una prioridad de salud pública en todo el mundo, con una elevada tasa anual de pacientes que inician la terapia de reemplazo renal, oscilando entre 150 y 400 por millón de habitantes en el mundo occidental, y hasta 50 por millón de habitantes o incluso menos en los países en vías de desarrollo donde el acceso a la asistencia médica puede ser limitada (1). En Latinoamérica, la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica terminal ha aumentado progresivamente, con incidencias que van desde 5% (2). El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal (RLDTR) reportó para el año 2016 un aumento en la tasa de prevalencia de hemodiálisis a 442 casos por millón de habitantes (3). En el Ecuador la tasa de prevalencia de hemodiálisis es de 481 por millón de habitantes, generando altos costes en salud (3).

Los pacientes con enfermedad renal crónica valoran ciertos aspectos como la normalización de sus vidas y de sus hábitos desde el comienzo de la hemodiálisis, de igual forma valoran la eficiencia y eficacia de la asistencia en los centros de salud y la satisfacción de sus preferencias personales. Este hecho ha generado múltiples investigaciones en la búsqueda de mejorar el enlace entre las prioridades de los pacientes, los proveedores de salud y las diversas investigaciones (5,6).

Actualmente en un mundo cambiante, donde los avances tecnológicos han mejorado y la ciencia ha ido evolucionando brindándole mayor y mejor información a todos los profesionales de la salud, como el personal de enfermería, en la búsqueda de mejorar y perfeccionar todos los procesos que tienen que ver con calidad de servicio y garantizar un cuidado adecuado al paciente (7).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Debido a las nuevas tecnologías con respecto al cuidado en salud, se han incrementado los costes referentes a los tratamientos, esto ha hecho que exista un aumento de las expectativas de los pacientes con respecto al servicio que se les ofrece. Sin embargo, se han presentado problemas referentes a este punto donde los análisis reportan fallas en la calidad de atención al paciente, que por lo general afectan la reputación de diferentes centros de salud y comprometen la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes (8).

Existen actualmente países en los que se han presentado problemas con respecto a la calidad y seguridad de la atención hospitalaria, enfocando su sus políticas en mejorar la eficiencia y eficacia de sus servicios (9). Este hecho ha considerado con una alta ponderación a las expectativas de los pacientes con respecto al sistema de atención en salud, por lo cual han surgido investigaciones que evalúen las expectativas de los usuarios y fallas que estos consideran se deban cambiar dentro del sistema de salud (10).

Actualmente se intenta conocer cuál es la percepción del paciente en diferentes áreas de atención con relación al trato y cuidado recibidos. Para los pacientes sometidos a hemodiálisis se le deben reconocer otras características asociadas que no están presentes en otras patologías, ya que su atención debe ser integral debido a los diferentes componentes psicológicos, biológicos y sociales que poseen estos pacientes (12). Por lo que resulta importante realizar el presente estudio para evaluar la calidad de atención en salud que reciben los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro de hemodiálisis Dialilife de Cuenca.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica se encuentra en ascenso. La OMS, OPS y la SLANH han hecho un llamado a promover la medicina preventiva de esta enfermedad y a mejorar el acceso a su tratamiento (17). Esta patología afecta a cerca del 10% de la población mundial, como consecuencia de este ascenso a su vez el número de pacientes en hemodiálisis ha aumentado de forma impresionante en muchas partes del mundo, sin embargo, no se cuentan actualmente con cifras globales estandarizadas. En Latinoamérica, específicamente en Ecuador, se obtuvo una tasa de incidencia de pacientes en hemodiálisis de alrededor 450 pacientes por cada millón de habitantes en el año 2013, estimando su duplicación para el año 2015. Este aumento de los pacientes en las salas de servicios de salud ha generado a su vez diversas incertidumbres para el personal de salud que labora en dichos centros (18).

Existen diversos reportes con respecto a la medición de la calidad de servicio que reciben los pacientes en diversos centros de salud, utilizando diferentes métodos de evaluación (19). La percepción de la atención en salud difiere mucho entre cada paciente, sin embargo una concepción que es más vulnerable a ser diferente es la atención que se le brinda al paciente con alguna patología crónica (20).

Hernández Meca y colaboradores realizaron un estudio transversal en 61 pacientes sometidos a hemodiálisis en Madrid-España, para su evaluación utilizaron el cuestionario SERVQHOS modificado, donde cada ítem se puntuó en una escala del 1 al 5 según el grado de satisfacción. El promedio de la puntuación obtenida en la parte inicial del cuestionario fue mayor a 3,5 en todas las preguntas realizadas a excepción de la “facilidad para llegar al hospital”. Las quejas predominaron en el “tiempo de espera para ser atendidos por el médico”, “la facilidad de llegada al hospital” y la



UNIVERSIDAD DE CUENCA

“comunicación que el personal de la unidad mantiene con los familiares”. Mientras que las mayores satisfacciones se encuentran en “la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis”, “la rapidez con que consigue lo que necesita”, “el interés del personal de enfermería por los pacientes” y el “tiempo de espera para ser atendido por el médico” (21).

Por otra parte, Palmer y colaboradores llevaron a cabo un análisis en 2.748 adultos tratados con hemodiálisis en Europa y América del Sur en el cual evaluaron la calidad de servicio mediante el cuestionario “Choices for Healthy Outcomes in care for End-Stage Renal Disease (CHOICE)”, reportando que menos de la mitad calificaron como excelente su cuidado general. Los encuestados más antiguos eran los menos críticos con su atención y aquellos con síntomas depresivos eran los más insatisfechos. Se calificó como excelente la atención durante el acceso vascular de la diálisis, cuidado de enfermeras, respuesta del personal al dolor o malestar, mientras que los aspectos que rechazaron fueron la información que se proporcionó al elegir la modalidad de la diálisis, facilidad para ver a un trabajador social, exactitud de la información del nefrólogo con respecto a la expectativa de vida o probabilidad de un trasplante renal y precisión en las prescripciones del nefrólogo (22).

La perspectiva del personal de salud también ha sido analizada debido a que se necesitan ambas para generar políticas acordes con las necesidades, tanto de los pacientes como del personal que les atiende, en base a esto Tejada y colaboradores aplicaron una encuesta a 9 enfermeras con una orientación etnográfica en una unidad de hemodiálisis en San Luis Potosí-México, resultando que el personal de enfermería representa las necesidades y retos que involucra el cuidado del paciente renal, de igual manera reportan las limitantes existentes debido especialmente a la sobrecarga de trabajo en la unidad de hemodiálisis y a la falta de un grupo de estrategias para la educación y



UNIVERSIDAD DE CUENCA

orientación de manera continua tanto de los pacientes como de sus familiares (23).

Además, los sujetos en hemodiálisis no representan a un paciente tradicional afecto de una única enfermedad, sino a un individuo que por lo general posee múltiples comorbilidades, cuya enfermedad tiene varios años de evolución y que su estilo de vida ha cambiado drásticamente luego de su diagnóstico, recibiendo tratamiento dialítico de manera diaria, interdiaria o dependiendo de las recomendaciones de su médico tratante. Junto con dicha terapéutica se acompaña una dieta estricta, medición exacta de los líquidos ingeridos y excretados; por lo tanto, todos estos cambios en el estilo de vida generan resistencia, sentimiento de rechazo, falta de apoyo, entre otros, por lo que el trabajador en salud debe ser de gran ayuda para éstos al momento de brindar sus servicios (24).

Se reconoce el papel que poseen los trabajadores en salud dentro del apego al tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentran en hemodiálisis, de manera que es sumamente importante mantener la calidad de atención, el poseer un compromiso con cada paciente genera a su vez una adherencia de su parte para mantener su tratamiento adecuado, siendo fundamental una buena relación entre el personal de salud y el paciente (25).

Con respecto a la calidad de atención y nivel de satisfacción, a nivel mundial y específicamente en España se han reportado diversos análisis con respecto al grado de satisfacción de los pacientes según la atención recibida por parte del personal de enfermería. En un trabajo realizado por Martin en el año 2014, se evaluaron a 70 individuos pertenecientes a una unidad de diálisis en Córdoba, indicándose que la mayoría de los pacientes evalúan positivamente el trabajo de la enfermera, excepto en lo referente a la información sobre los cambios con respecto a la dieta y medicación, que es donde los pacientes se muestran insatisfechos. No se



UNIVERSIDAD DE CUENCA

observó correlación entre variables sociodemográficas y el grado de satisfacción (26).

En Latinoamérica de igual manera ha sido estudiada esta área, y se ha reportado, en Nicaragua un análisis realizado por Ulloa evaluando a 17 personas pertenecientes a una unidad de diálisis en este país que el promedio del valor a través de puntajes de satisfacción global de éstas a la hemodiálisis fue de $8,8 \pm 1,6$ puntos. Esto revela que la mayoría de pacientes presentó estar plenamente satisfecho con la terapia recibida. Esto tuvo que ver con el discernimiento del impacto global que la terapia tenía en sus vidas, en donde el puntaje promedio fue de $8,2 \pm 1,9$ puntos, lo cual demuestra que la gran mayoría cree realmente que la terapia ha tenido un impacto positivo en su calidad de vida (27).

En un trabajo realizado por Lozada en Quito, en donde se evaluaron a 60 pacientes que se encontraban recibiendo hemodiálisis, se evidenció que la percepción de la calidad brindada por parte del servicio de enfermería fue catalogada por los pacientes como excelente con un 65,0%, buena por el 31,7% y regular por solo el 3,3% de los pacientes, según el grado de satisfacción por parte de éstos, el 88,3% reportó que se encontraba satisfecho y el 11,7% regularmente satisfecho (28).

Sin embargo, es escasa la información que se tiene sobre esta problemática a nivel regional, por lo tanto, del presente estudio surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de atención y nivel de satisfacción en la atención en salud que reciben los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro de Dialilife de Cuenca?

El papel de enfermería en el proceso de hemodiálisis es de vital importancia, ya que tienen pertinencia disciplinaria y formativa en el desarrollo de la terapia de reemplazo renal de los pacientes con enfermedad renal crónica. Ante su destacada labor se ha planteado que



UNIVERSIDAD DE CUENCA

debe existir al menos una enfermera por cada 35 pacientes, y cada una debe tener formación en diálisis (29). En el tratamiento de hemodiálisis, el enfermero o enfermera es quien tiene el mayor contacto con el paciente, permitiéndose una mayor empatía y observación continua durante el periodo de sesión de hemodiálisis. Por lo tanto, pueden diagnosticar de manera temprana la presencia de complicaciones. Ante esta situación, debe existir un ambiente de extrema confianza entre el paciente y el personal de enfermería (29).

Es por ello que las enfermeras deben estar actualizadas, con una formación continua en relación a la terapia dialítica y sus potenciales complicaciones, así como una constante formación en relación a la calidad del trato a ofrecer a estos pacientes, que permita brindarles un tratamiento de calidad, así como un ambiente humanizado, más agradable y seguro para el paciente. El personal de enfermería dentro de las funciones durante la sesión de hemodiálisis tiene diversas tareas, como vincular las vías de acceso vascular con la máquina, lo cual es vital para poder llevarse a cabo la hemodiálisis; además deben asegurar el uso correcto de materiales y equipos, de orientación, supervisión y evaluación. También el cuidado de la calidad del entorno de seguridad, en busca de la comodidad del paciente y el equipo (30).

El objetivo de los cuidados de enfermería es identificar y controlar los efectos adversos y/o complicaciones de la hemodiálisis, así como el desarrollo de acciones educativas de promoción, prevención y tratamiento que deben ser informadas a los pacientes para un adecuado cumplimiento del tratamiento e intentar restituir su calidad de vida, brindando las herramientas que puedan ayudarles a hacer frente al estrés experimentado en la vida diaria de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Por lo tanto el personal de enfermería ejerce un tratamiento humanizado e integral que tiene por objetivo satisfacer las necesidades humanas básicas de los pacientes (30).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se encuentra en auge medir la calidad de atención en diferentes ámbitos de la sociedad. Con respecto a la atención de los pacientes en hemodiálisis se han reportado cifras de insatisfacción que oscilan entre 30-50% tomando en cuenta factores influyentes como la edad y los síntomas de depresión, ya que a medida que aumenta la edad y empeoran los síntomas de depresión son más acentuados los grados de insatisfacción y en algunas poblaciones ha superado el 70% (31).

Con la realización de esta investigación se puede tener una visión más clara sobre la calidad de servicio que se está prestando a los pacientes con enfermedad renal crónica que son sometidos a hemodiálisis en la ciudad de Cuenca. La relación entre los prestantes del servicio de salud y los pacientes es fundamental en lo que respecta a la recuperación del paciente, esto se genera cuando se crea entre ellos un sentimiento de empatía y confianza, lo que produce seguridad en el paciente y se muestra abierto a las sugerencias y recomendaciones en todo lo relacionado a su enfermedad (32).

Un punto sumamente importante que se debe evaluar al momento de medir calidad de servicio en salud, es la satisfacción del usuario. La satisfacción de un paciente podría ser definida como la expectativa cumplida del paciente con respecto a la atención sanitaria y su estado de salud (33).

Todos los pacientes son individuos que deben ser tratados con respeto y siempre darles la atención adecuada, en donde el paciente en hemodiálisis requiere un manejo especial debido a la ansiedad, inconformidad, tristeza y molestias que su enfermedad genera, por lo cual es de suma utilidad conocer cómo perciben la calidad de servicio en salud y cuáles son sus expectativas con respecto a esta (34).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Además, el presente estudio se encuentra justificado ya que permite conocer cuáles son los aspectos que deben ser mejorados en la atención del usuario de hemodiálisis, siendo entonces los beneficiarios aquellos pacientes con enfermedad renal crónica que se encuentren recibiendo este tipo de tratamiento sustitutivo renal.

CAPITULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica en el adulto se ha definido por la Sociedad Española de Nefrología y por otras organizaciones como la presencia de una alteración estructural o funcional renal ya sea en el sedimento, su estudio de imagen o su histología que continúa por más de 3 meses, pudiendo estar acompañada o no por deterioro de la función renal o un filtrado glomerular menor a 60 ml/min en una superficie corporal de 1,73 m² sin otros signos de daño renal, tal como lo expone Lorenzo-Sellarés en su artículo científico publicado en el año 2012 (35). Entre las causas de enfermedad renal crónica se encuentran múltiples enfermedades, dentro de las cuales destacan la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (36).

Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis son los beneficiarios en este estudio, los cuales son una población especialmente susceptible a abandonar el tratamiento y recaer en complicaciones debido al impacto que tiene esta enfermedad en los sujetos, por lo que su tratamiento y abordaje adecuado, junto con una correcta atención, puede aumentar la calidad de vida, reducir complicaciones, y así disminuir costos en salud (42).

En efecto, los pacientes que se encuentran en tratamiento hemodialítico, generalmente son individuos con una necesidad de atención mayor,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

desean habitualmente establecer una relación estrecha con la persona que les está atendiendo de manera rutinaria, ya sea su médico o enfermero, a quien le pueda contar aquello que le aqueja, dificultades, problemas, dolencias, crisis de ansiedad, tristeza, entre otros. Es de suma importancia la intervención del personal de enfermería ya que es un nexo fundamental entre el equipo de salud y el paciente. Es imperante intentar crear un ambiente de empatía ya que será beneficioso tanto para el paciente como para el personal de salud, con la intención de mejorar la calidad de vida del mismo (43).

Resulta primordial crear un cuidado humanizado del paciente con enfermedad renal en hemodiálisis, ya que esto permitiría un mejor apego al tratamiento, así como un mayor cumplimiento de las recomendaciones que se establecen fuera del centro hospitalario, las cuales consisten en cambios en el estilo de vida, mejora de la alimentación, y toma de los medicamentos (44). Se han reportados estudios en donde se concluye que el paciente con enfermedad renal crónica que posee una mejor atención por parte del personal de salud, tiene un perfil que muestra un mejor manejo de su enfermedad, siendo este último punto el verdadero fin de todos estos cambios que se buscan hacer para la mejora de la atención en salud (45).

2.1.1.1 Epidemiología

La enfermedad renal crónica terminal se puede definir por el requerimiento de diálisis, la OMS a nivel mundial ha reportado que más de 1,4 millones de pacientes reciben terapia renal sustitutiva, con una incidencia de aproximadamente 8% anual. Este aumento se ha atribuido al incremento del envejecimiento poblacional, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión, los cuales son factores de riesgo para la enfermedad renal crónica. Sin embargo, debido a la naturaleza costosa de la terapia sustitutiva renal, el tratamiento es más accesible para los países con altos ingresos (46). En general, en Europa aproximadamente entre unos 80 y



UNIVERSIDAD DE CUENCA

100 pacientes por millón de habitantes se encontrarán en el estadio de enfermedad renal terminal en hemodiálisis cada año, por lo tanto, estas fallecerían si no recibieran de manera adecuada el tratamiento sustitutivo; cifras similares se observan en Australia donde se estima que casi el 16% de la población adulta tiene algún grado de proteinuria, hematuria y/o reducción de la tasa de filtrado glomerular, lo que significa la presencia de daño renal (47).

En la actualidad, la prevalencia de enfermedad renal crónica oscila entre 3 y 18% en Europa (48). En Estados Unidos se estimó que 300 pacientes por millón de habitantes poseían enfermedad renal crónica terminal, esto muy probablemente esté relacionado a la mayor incidencia de casos en los grupos étnicos afro-americanos y nativos americanos, ya que en ellos la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tienen una incidencia mucho más alta (49).

En Latinoamérica, diversas organizaciones como la OPS, OMS y SLANH han mencionado que un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso en 2011 a alguna de las terapias sustitutivas renales, sin embargo, la distribución de estos servicios fue muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200 por millón de habitantes. Es por ello que se están impulsando acciones para elevar la tasa de tratamiento de sustitución de la función renal hasta 700 pacientes por millón de habitantes en cada país de Latinoamérica para el año 2019 (50).

En el Ecuador se ha determinado una prevalencia de enfermedad renal crónica del 3% en un contexto hospitalario, siendo más frecuente en el sexo masculino y en individuos mayores de 60 años de edad (51). Además, durante el año 2001 se reportaron 1.257 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, de los cuales 970 fueron tratados en el Instituto Ecuatoriano para la Seguridad Social (IESS), 120



UNIVERSIDAD DE CUENCA

pacientes en establecimientos públicos y privados y 75 pacientes en establecimientos semipúblicos (52).

La prevalencia de la enfermedad renal crónica tiene variaciones dependiendo de la edad, siendo más frecuente en los pacientes mayores y en seleccionados grupos étnicos como son los de raza negra o algunos grupos asiáticos. Además, esta enfermedad tiende a incrementarse debido a la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en el mundo occidental (53). Por lo tanto, es importante su estudio ya que genera un gasto relevante para los sistemas de salud a nivel mundial, constituyendo un problema sanitario (54).

2.1.2 HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis es un procedimiento difusivo, que tiene el fin de eliminar desechos metabólicos y el agua retenida en el periodo interdialítico, hay diferentes factores que regulan la difusión de los pequeños solutos, entre estos se encuentran la superficie del dializador, el flujo de la sangre, entre otros; con respecto a las grandes moléculas dependen en mayor proporción de la permeabilidad de las membranas (63).

Hay diferentes procedimientos de hemodiálisis, esto se debe al tipo de dializador usado y depende de su eficiencia, permeabilidad y su biocompatibilidad. Entonces su eficiencia se encuentra determinada por su capacidad de eliminar las pequeñas moléculas y esta es medida por el coeficiente de transferencia de masas para la urea. La permeabilidad se puede medir dependiendo de su capacidad de transferencia del agua a través del coeficiente de ultrafiltración y la depuración de sustancias medibles (63). De igual manera se debe comentar la importancia de la biocompatibilidad, ya que al no poseerla se generan múltiples efectos adversos al momento de realizar la hemodiálisis (64).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Son diferentes los accesos vasculares en los pacientes con hemodiálisis, en tanto así puede variar la duración del mismo, siendo transitorio en aquellos pacientes que cursen con enfermedad renal aguda, o por algún tratamiento de corrección de electrolitos, edema agudo de pulmón, eliminación de sustancias tóxicas; sin embargo, en la práctica clínica es frecuente observar el tratamiento indefinido de forma definitiva o hasta la posibilidad de trasplante renal en los casos que sea posible. Asimismo, la frecuencia puede variar, siendo diaria en pacientes de rescate con encefalopatía urémica, a sesiones interdiarias de 2 a 3 veces por semana. Dependiendo del centro de hemodiálisis, el paciente acudirá a sesiones en la mañana, a mediodía, en la tarde o noche, con una duración promedio de 4 horas, que puede variar según la sintomatología del paciente (65).

a) Accesos vasculares

➤ Fístula arteriovenosa (FAV):

La FAV debe planificarse al menos uno o dos meses antes de comenzar la hemodiálisis, ya que requiere un tiempo requerido para la maduración adecuada de la fístula. Un diagrama de flujo correcto debe incluir una fase preoperatoria, una fase operativa y una postoperatoria. La evaluación clínica e instrumental es necesaria para decidir el tipo de acceso arteriovenoso, el enfoque técnico y el seguimiento correcto para manejar las complicaciones lo antes posible. Para preservar el sistema vascular, es importante evitar la extracción de sangre o las infusiones intravenosas del brazo y el antebrazo, y utilizar las venas de las manos para estos fines. La fase preoperatoria de la FAV incluye la recopilación precisa de la historia clínica, el examen físico y la evaluación instrumental, debiéndose investigar cardiopatías en los pacientes para evaluar cualquier alteración en el gasto cardíaco. De hecho, como consecuencia de la FAV, puede haber cambios en el flujo sanguíneo, la presión pulmonar y el gasto cardíaco, especialmente cuando el flujo sanguíneo de la FAV es mayor de



UNIVERSIDAD DE CUENCA

2.000 ml/min. Además es importante identificar la extremidad dominante para evitar una limitación de la calidad de vida del paciente (66).

El estándar de oro para decidir sobre el tipo y la ubicación de acceso vascular es la ecografía doppler. Permite la evaluación de los diámetros arterial y venoso; un diámetro de la vena > 2 mm y un diámetro de la arteria > 1,6 mm se consideran adecuados. Estos dos parámetros son predictivos de la maduración de la FAV. El primer sitio para la intervención quirúrgica de la FAV para la hemodiálisis es el antebrazo (FAV radial o cefálica o distal). Son posibles diferentes tipos de anastomosis arteriovenosas, siendo el más común la anastomosis de la vena de un lado a otro de la arteria. La tasa de permeabilidad para el acceso distal a 1 año, reportada en la literatura, varía de 56-79%. Las complicaciones más frecuentes relacionadas con las FAV son la maduración insuficiente, la estenosis, trombosis, infecciones, aneurisma, el "síndrome de robo" debido a la isquemia y la FAV de alta frecuencia de flujo (67).

➤ **Injerto arteriovenoso (IAV):**

Este tipo de acceso vascular consiste en una FAV hecha con interposición protésica entre una arteria y una vena, con dos propósitos: el primero es poder unir dos vasos que no serían posibles de conectar debido a su distancia, y el segundo es para interponer entre una arteria y una vena un segmento protésico de alta capacidad que también se puede utilizar para la inserción de catéteres de hemodiálisis. El IAV es el segundo paso del tratamiento, después de la FAV realizada con vasos nativos. En algunos casos seleccionados, un IAV está indicada como la primera línea de tratamiento, como en los casos de escasez de material autólogo y/o durante un breve período predecible de tratamiento hemodialítico (niños), o en pacientes con extremidades cortas y con gran cantidad de tejido adiposo subcutáneo, donde las venas superficiales son profundas, y finalmente en pacientes con extrema fragilidad vascular (púrpura



UNIVERSIDAD DE CUENCA

trombocitopénica), donde la simple punción venosa produce heridas y hematomas graves (68).

La supervivencia funcional de los IAV es mucho más corta que con FAV. El curso natural de los IAV es la trombosis debida a estenosis venosa causada por hiperplasia neointimal. Las infecciones son complicaciones graves y son la segunda causa principal de pérdida de acceso a hemodiálisis. La incidencia de bacteriemia relacionada con la EH es más de diez veces mayor en los IAV que las FAV. Los pseudoaneurismas deben ser referidos a un cirujano para su resección cuando son mayores de 2 veces más anchos que el injerto o aumentan de tamaño rápidamente o cuando la piel que lo recubre aparece bajo coacción (69).

➤ **Catéteres venosos centrales (CVC):**

El CVC representa una buena opción, especialmente cuando se requiere una hemodiálisis urgente o emergente en el momento del inicio de la terapia de reemplazo renal o cuando un acceso permanente se vuelve disfuncional. Estos dispositivos están disponibles universalmente, pueden insertarse en diferentes sitios del cuerpo, y no se requiere tiempo de maduración, a diferencia de la FAV, lo que permite poder llevar a cabo una hemodiálisis inmediata. Los lugares preferidos para la inserción son las venas yugular interna y femoral, y en el tercer caso, la vena subclavia. La ecografía localiza con precisión la vena objetivo y también proporciona información sobre la presión venosa y la presencia de trombos intravasculares. Por lo tanto, el uso de la ecografía debe ser una parte integral de la cateterización venosa central (70).

Se debe tener precaución al implantar y tratar los CVC, ya que su uso está asociado con un alto riesgo de complicaciones. Las complicaciones asociadas con la inserción del CVC varían del 5-19%, pudiendo observarse lesión vascular (punción arterial, pseudoaneurisma y FAV), hematoma, embolia aérea, neumotórax y malposición. En general, todas



UNIVERSIDAD DE CUENCA

estas complicaciones se limitan a la punción arterial accidental cuando se utiliza la guía ecográfica. La punción arterial es un riesgo común durante la canulación de la vena, ya que las venas se encuentran junto a las arterias. Incluso si el riesgo es mayor para las venas femorales que para la yugular y la subclavia, las complicaciones de la punción arterial subclavia son mucho más severas, ya que los vasos no se pueden comprimir manualmente desde el exterior del cuerpo porque se encuentran debajo de la clavícula y esto conduce a hemotórax en casos severos. El riesgo de neumotórax es mayor en el área subclavia debido a la proximidad de la pleura a la vena, con una tasa de incidencia del 2-3% con este enfoque. No obstante, con el uso del ultrasonido las complicaciones son poco frecuentes en la actualidad (71).

Los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal que requieren diálisis a través de CVC tienen un mayor riesgo de infección. La infección es responsable de la extracción de aproximadamente 30-60% de los CVC en hemodiálisis, y las tasas de hospitalización son más altas en pacientes con CVC que los pacientes con FAV. Además, los pacientes con diálisis por CVC enfrentan un mayor riesgo de muerte por infección, 41% más que aquellos con FAV. Las infecciones relacionadas con el catéter pueden ser localizadas o sistémicas. En el primer caso, la infección puede afectar el sitio de inserción o puede extenderse a la ruta subcutánea. La infección del sitio de salida tiene la mayor incidencia en pacientes hemodializados, especialmente en pacientes con CVC a corto plazo. Se caracteriza por eritema, hipersensibilidad, induración o exudado a 2 cm del sitio de salida. La complicación infecciosa más peligrosa es la infección del torrente sanguíneo relacionada con el catéter, asociada con altas tasas de morbilidad y mortalidad, y la adición de costos excesivos a la atención de estos pacientes (72).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

b) El circuito extracorpóreo:

El circuito extracorpóreo proporciona el conducto necesario para transportar sangre desde el sistema vascular del paciente (a través del acceso arteriovenoso) al riñón artificial a un caudal definido y luego devolver la sangre dializada al paciente. Esto debe lograrse sin dañar los componentes de las células sanguíneas, la coagulación de la sangre o la pérdida de integridad que puede provocar la pérdida de sangre o la contaminación con microorganismos del entorno externo. La configuración extracorpórea cerrada consiste en un dispositivo de acceso a la sangre (agujas o catéter) conectado mediante un tubo al dializador o al riñón artificial. Todos los componentes del circuito en contacto con la sangre están hechos de material inerte o altamente biocompatible y se esterilizan antes del envasado. Un volumen de sangre extracorpóreo de aproximadamente 80-250ml circula fuera de un paciente adulto en cualquier momento. Durante la hemodiálisis, la sangre del acceso vascular del paciente (aguja arterial) fluye al dializador y luego vuelve al acceso del paciente (aguja venosa). Estas partes aferentes y eferentes del circuito extracorpóreo se diferencian por el código de color de dos secciones del tubo sanguíneo: arterial (predializador, rojo) y venoso (post-dializador, azul). Se pueden mencionar los siguientes componentes del circuito extracorpóreo (73):

- Prediálisis (Miembro Arterial)

Toda esta parte del circuito sanguíneo (prediálisis) constituye la "extremidad arterial". La sangre es impulsada al tubo arterial por una presión negativa (presión de succión) generada mecánicamente y mantenida por una bomba de sangre peristáltica (para extraer la sangre y propulsarla a través del circuito). La bomba podría suministrar sangre al dializador a velocidades que pueden variar de 0 a 600 ml/min, pero típicamente se establece entre 300 y 550 ml/min, restringido por las presiones generadas dentro del circuito extracorpóreo. La anticoagulación



UNIVERSIDAD DE CUENCA

es necesaria para evitar la formación de microtrombos, la coagulación de la sangre y la consiguiente pérdida de circuito (74).

- Miembro venoso después del dializador

Después de que la sangre se somete a los procesos de difusión y convección dentro del dializador, ingresa en la "extremidad venosa" del circuito y devuelve la sangre al paciente. Aunque la presión en la extremidad venosa distal al dializador disminuye gradualmente, sigue siendo lo suficientemente positiva para permitir el retorno de la sangre al cuerpo. La presión dentro de esta parte del circuito es monitoreada por el monitor de presión sanguínea venosa, que se localiza típicamente justo antes de la cámara de burbujas de aire (75).

- Trampa de aire (cámara de burbujas) y detector de aire

Hay un aparato distinto que se encuentra en la extremidad venosa entre el dializador y el acceso venoso del paciente y actúa como una puerta de entrada para el regreso seguro de la sangre al paciente. El detector de aire, un dispositivo ultrasónico, comprueba continuamente el aire o la espuma en la vía sanguínea en esta ubicación durante todo el tratamiento de diálisis al detectar cambios en la señal ultrasónica inducida por la presencia de burbujas de aire. Cuando el detector de aire detecta el aire, activará alarmas audibles y visuales, detendrá la bomba de sangre y sujetará el tubo de sangre venosa para detener el retorno de la sangre al cuerpo y evitar que el aire ingrese al torrente sanguíneo (76).

- Protectores del transductor

Los transductores son dispositivos dentro de la máquina que convierten la presión en una señal electrónica que se puede visualizar. Sirven un papel importante en el control de las presiones dentro del circuito arterial y venoso. Los protectores del transductor actúan como una barrera entre la sangre en el tubo y el transductor en la máquina. Se conectan a los



UNIVERSIDAD DE CUENCA

puertos venosos y/o arteriales de la máquina a través de un pequeño segmento de tubería en la parte superior de la cámara de goteo (77).

- Presiones en el circuito extracorpóreo

El circuito extracorpóreo puede verse como una extensión de la propia circulación del paciente durante el proceso de hemodiálisis, y su monitoreo es esencial para la seguridad del paciente. La presión en el circuito extracorpóreo depende de la velocidad del flujo sanguíneo y la resistencia al flujo que se ejerce principalmente en los niveles de la fístula arteriovenosa o los catéteres, las agujas de diálisis, el dializador y el tubo. Algunas máquinas también pueden tener un monitor de presión del compartimiento de dializado. Estos son más comunes para los sistemas de gestión de ultrafiltración basados en el control de flujo. La presión en el compartimiento de dializado no debe exceder la del compartimiento de sangre para evitar altos niveles de filtración posterior a través del dializador y el riesgo de rotura de la membrana del dializador (78).

- Monitor de volumen sanguíneo

Los monitores del volumen sanguíneo son sensores continuos integrados en líneas sanguíneas específicas para la monitorización no invasiva de los volúmenes de plasma. Usan ultrasonido para medir la densidad del plasma o la dispersión óptica para medir el hematocrito. Se pueden utilizar para orientar las tasas de ultrafiltración en individuos que son propensos a la hipotensión intradiálisis. Aunque son bastante útiles en algunas personas con inestabilidad de la presión arterial intradiálisis, sus beneficios se amplían a otros pacientes, como aquellos con anemia y albúmina sérica baja (79).

2.1.2.1 Complicaciones derivadas de la no adherencia a la hemodiálisis



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La importancia que tiene la adherencia a la hemodiálisis por parte de los pacientes recae en el efecto directo que tiene en la sobrevida de los mismos, además que puede prevenir las descompensaciones que se pueden presentar entre las sesiones. En la actualidad existe evidencia de que la mayor incidencia de consulta por emergencia, producto del mal control de la enfermedad, se debe a la falta de adherencia al tratamiento (80). Se ha estimado que casi la mitad de los pacientes no tienen adherencia al tratamiento y que estas cifras se ven incrementadas cuando se requieren cambios en el estilo de vida, se ha planteado que solo la mitad de los pacientes logra adherirse al tratamiento, estos pacientes son los más consultantes en las emergencias y potenciales hospitalizaciones (81).

Un estudio conducido por Herrera-Añazco y colaboradores en 54 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis de un hospital de referencia de Perú en el año 2014, mostró una frecuencia de baja adherencia al tratamiento de 24%; dentro de las cuales las principales causas de baja adherencia fueron: vivir en una residencia alejada del hospital (46,1%); se siente bien y cree que no necesita diálisis (46,1%); no cuenta con recursos económicos para el traslado (38,4%); adolece de falta de compañía para el traslado (23%) y quiere ahorrar dinero del seguro de salud (7,6%); destacándose que la falta de adherencia se ha asociado a complicaciones como la hiperkalemia, hiperfosfatemia, baja probabilidad de trasplante renal en menores de 65 años y a una elevada mortalidad (82). Los estudios que han comunicado una falta de adherencia exponen una amplia diferencia en las frecuencias observadas, observándose que la no adherencia puede ser tan elevada como de 32,3% (83).

2.1.3 CALIDAD DE ATENCIÓN

2.1.3.1 Calidad de atención



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Con respecto a la calidad de atención en los pacientes, como lo es el caso de los atendidos en las unidades de hemodiálisis, Aranaz y Moya establecieron tres componentes de la calidad asistencial que se deben tomar en cuenta (89):

Componente técnico: el cual se refiere a la aplicación de la parte tecnológica para el manejo de manera oportuna de cualquier tipo de problema que posea un individuo, y así aumentar los beneficios y disminuir los riesgos.

Componente interpersonal: este se establece a partir de lo previamente descrito con respecto a que las personas se encuentran en el deber de seguir las normas y de igual manera los valores sociales para poder relacionarse e interactuar entre individuos de manera adecuada, lo que se ve modificado dependiendo de las expectativas y aspiraciones que cada individuo tiene como un ser independiente.

Aspectos de confort: son todas aquellas atenciones que permiten que el individuo se sienta tranquilo y cómodo, las cuales deben ser brindadas por el personal de salud.

De igual manera, diversos análisis sobre la calidad de servicio han surgido en la búsqueda de otros factores influyentes que pudieran afectarlo, dentro de los cuales se nombran los siguientes (90):

Efectividad: capacidad que tiene un tratamiento, servicio o práctica para que posterior a su aplicación se produzcan los resultados previamente establecidos.

Eficiencia: es el término utilizado para comparar un máximo de unidades de cuidados por unidad de recursos usadas.

Accesibilidad: factibilidad de adquirir la asistencia en salud, independiente de los recursos económicos, culturales entre otros.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Aceptabilidad: nivel de satisfacción de los individuos con respecto a la atención recibida.

Competencia profesional: son las diferentes características que tiene un profesional que puede mejorar el uso de sus conocimientos con el fin de otorgar mejores cuidados y de esta manera generar mayor satisfacción en los usuarios.

2.1.3.3 Motivaciones para la mejora de la calidad en atención en salud

Existen diferentes maneras de realizar motivación en el personal de salud, debido a que esto generará una mejor calidad de servicios que estos brindan a los pacientes, con el fin de mejorar la calidad de vida de los mismos. Ésta mejor calidad de servicio puede estar dictada por los entes gubernamentales, para proveer una serie de características que se deban cumplir de manera flexible al inicio, hasta que sea implementada de manera rutinaria, además de los puntos motivacionales para los trabajadores del sistema de salud que son el pilar fundamental para las mejoras en salud y calidad de vida para los pacientes (91).

2.1.4 SATISFACCIÓN EN ATENCIÓN EN SALUD

Durante las últimas décadas, han surgido transformaciones a nivel social, económico y tecnológico en cuanto a salud respecta, por lo que también han surgido cambios en las políticas de atención a las poblaciones, motivada en una mejor atención de calidad al usuario, paciente, cliente y al profesional en salud (95). Massip y colaboradores consideran que la calidad asistencial existe cuando las actividades brindadas al paciente o usuario se encuentran encaminadas a garantizar un servicio de salud accesible y equitativo con personal en salud altamente capacitado junto con los recursos necesarios para lograr una satisfacción con la atención en salud (96).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La satisfacción entre los pacientes y personal de salud conforma una relevante dimensión de plena subjetividad dentro del proceso de la calidad de atención que brinda un establecimiento de salud (97). El nivel de satisfacción comprende un equilibrio entre la calidad brindada con la percepción subjetiva del paciente ante los peligros y beneficios ofertados (95), por lo que la calidad de atención es una forma de vida organizacional que permite que cada sujeto correspondiente realice sus tareas de manera adecuada, a cabalidad y completa en el tiempo y lugar correspondiente, la cual es percibida por el usuario, al evaluar sus necesidades, deseos y demandas, para de esta forma sentirse satisfecho con la atención brindada (98).

2.1.5 FACTORES INTERVINIENTES EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN EN SALUD

La calidad y nivel de satisfacción sobre los servicios de salud comprenden diversos conceptos subjetivos que varían de acuerdo a las características de los pacientes como la edad, sexo, nivel socioeconómico y educativo (99). Difour y colaboradores determinaron una calidad de atención que tiene tendencia a ser mayor en las mujeres con respecto a los hombres, siendo catalogada como excelente en el 32,2% de las mujeres y de 27,6% en el sexo masculino, sin embargo estas diferencias no son marcadas. Este comportamiento fue observado por Mira y colaboradores en su estudio realizado en 930 pacientes mediante el cuestionario SERVHOS donde no encontró diferencias significativas entre la calidad de atención reportada por los pacientes del sexo masculino con respecto al femenino, cabe destacar que este estudio tampoco encontró diferencias entre la percepción de calidad de atención según la edad (100).

Pujiula y colaboradores realizaron un estudio en 150 pacientes hospitalizados para evaluar la satisfacción de la calidad de atención mediante diferentes escalas, sin embargo al contrastar los reportes según las variables sociodemográficas: edad menor a 65 años, 65 años y más;



UNIVERSIDAD DE CUENCA

nivel económico bajo y alto; sexo femenino y masculino; así como el nivel de estudios no universitarios y universitarios, no encontraron diferencias significativas entre los promedios de satisfacción para cada grupo estudiado, concluyendo que en los pacientes evaluados la satisfacción sobre los servicios brindados no dependen de las características sociodemográficas (101).

Por su parte, Sánchez Islas encontró una similar proporción de percepción de buena calidad de atención en los pacientes masculinos (70,97%), comparado con los femeninos (79,72%) sin diferencias significativas ($p=0,11$), a pesar de que el porcentaje constantemente sea mayor en las mujeres. Y según la escolaridad, los pacientes con un nivel profesional fueron los que reportaron menor frecuencia de buena calidad de atención (66,67%), mientras que los que más reportaron fueron los pacientes con preparatoria (81,82%) y primaria completa (80,45%), no obstante, tampoco mostraron diferencias significativas ($p=0,64$), por lo que a pesar de que la literatura describe cambios teóricos, la evidencia no presenta diferencias estadísticamente significativas (102).

2.1.6 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El cuestionario SERVQUAL es un instrumento de investigación multidimensional, el cual fue diseñado y publicado por primera vez en el año de 1988 por Parasuraman y colaboradores para medir la calidad en el sector de los servicios, representando un avance en los métodos de medición utilizados para la calidad del servicio de investigación. Dicho cuestionario recoge las expectativas del consumidor y las percepciones sobre un servicio en dimensiones que representan la calidad del servicio, basado en el paradigma de la expectativa, entendiéndose que la calidad del servicio es el grado en el que se cumplen las expectativas de calidad del consumidor mediante sus percepciones reales de la experiencia del servicio (103). A partir de dicho cuestionario, Mira JJ y colaboradores en el año 1998 modificaron el cuestionario SERVQUAL y lo enfocaron al área



UNIVERSIDAD DE CUENCA

de la salud hospitalaria en general, al cual denominaron cuestionario SERVQHOS (104). Posteriormente fue modificado por Rodríguez-González y colaboradores en el año 2013, para su aplicación específica en la evaluación de la calidad de atención y satisfacción de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (105).

CAPITULO III

OBJETIVOS:

3.1. Objetivo general

- Evaluar la calidad y nivel de satisfacción en la atención de los pacientes del Centro Dialilife - Cuenca.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a los pacientes según el sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, procedencia, comorbilidades, tiempo de hemodiálisis y tipo de acceso venoso.
- Evaluar la calidad de atención en salud en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.
- Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO IV

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación cuantitativa, el tipo de estudio fue descriptivo, de corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área del estudio fue el servicio de hemodiálisis del Centro de Dialilife, ubicado en la avenida Ordóñez Lazo De Los Cerezos, Cantón Cuenca, Provincia de Azuay. República del Ecuador.

4.3 UNIVERSO.

Se trabajó con un universo finito de 70 pacientes con enfermedad renal crónica que reciben hemodiálisis en el Centro de Salud Dialilife, por lo tanto, se incluyó a la totalidad de los pacientes.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Todo paciente con enfermedad renal crónica que tuviera un tiempo de hemodiálisis mayor a 6 meses.
- Pacientes que estuvieron clínicamente estables.
- Pacientes que voluntariamente aceptaron ser parte del estudio firmando el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Todo paciente que haya tenido un tiempo de hemodiálisis menor a 6 meses.
- Inestabilidad clínica, trastornos mentales o discapacidad cognitiva importante.
- Aquellos pacientes que no haya deseado participar en el estudio.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4.5 VARIABLES

Edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, procedencia, comorbilidades, tiempo de hemodiálisis y tipo de catéter vascular. Calidad de Atención, nivel de Satisfacción en la Atención en Salud. La tabla de operacionalización de las variables se encuentra mostrada en el apartado de Anexos.

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Métodos:

Se aplicó una encuesta directa a los pacientes.

Técnicas:

Fue observacional mediante la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Instrumento:

Mediante la aplicación de un instrumento de autoría propia de los investigadores de recolección de datos que constó de las variables sociodemográficas relacionadas al paciente (**ANEXO 1**) y a la calidad de atención y nivel de satisfacción en la atención percibida por los mismos. Para determinar la calidad de atención y satisfacción se utilizó el cuestionario SERVQHOS modificado por Rodríguez-González en el año 2013, el cual consta de 22 preguntas cerradas con respecto a la unidad de hemodiálisis, al personal de hemodiálisis y el funcionamiento de la hemodiálisis, para ser respondidas en escala Likert de 1 a 5 puntos: “Mucho peor de lo que esperaba”; “Peor de lo que esperaba”; “Como se lo esperaba”; “Mejor de lo que esperaba”; “Mucho mejor de lo que esperaba”. Además presenta 8 preguntas cerradas en relación a la



UNIVERSIDAD DE CUENCA

satisfacción de la atención del paciente con la atención recibida (105), (ANEXO 2).

PROCEDIMIENTOS

Se acudió al Centro de hemodiálisis Dialilife de Cuenca para encuestar a todos los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis mediante la aplicación del instrumento de recolección de datos. La información obtenida fue transcrita al programa Excel para luego ser exportada como base de datos al programa estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 15, donde se realizó el procesamiento estadístico para la obtención de los resultados.

AUTORIZACIÓN

Se pidió permiso al comité de bioética de la Universidad de Cuenca, además se elaboró el consentimiento informado para que el paciente tenga la decisión voluntaria de participar en el estudio y con relación a la unidad de hemodiálisis se acudió ante el ingeniero Jefferson Martínez director general de la misma el cual nos dio la autorización respectiva para la realización del presente estudio.

CAPACITACIÓN

Los autores fueron capacitados para la revisión bibliográfica sobre el tema a investigar, realización de encuestas y manejo estadístico de la información, donde la asesora y directora de tesis fueron las personas más idóneas para realizar dicha capacitación y conducir a la culminación de la presente investigación.

SUPERVISIÓN

La presente investigación estuvo supervisada por la directora y asesora de tesis.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

El programa estadístico SPSS 15 fue utilizado para el análisis de los datos, en donde las variables fueron presentadas como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) por medio de tablas.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó a los pacientes la firma del consentimiento informado (**ANEXO 3**) en el cual se encuentran explicados los objetivos del presente estudio, así como la confidencialidad de la información, no divulgándose los nombres de los pacientes, así como la garantía de la participación voluntaria en el estudio, pudiéndose retirar del mismo cuando estos lo consideren sin ninguna repercusión sobre los pacientes. Además, la presente investigación no causó daño o riesgos a los participantes, por lo que se cumple el principio de la no maleficencia.

4.9. RECURSOS

4.9.1 Humanos:

- Los investigadores: Largo Coello Cynthia Marcela, Zamaniego Avila Marco Antonio.
- Directora: Lcda Jiménez Brito Doris.
- Asesora: Lcda. Méndez Barbecho Nancy.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se organizaron de acuerdo con los objetivos del estudio mediante la elaboración de tablas con frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), iniciando con las características generales de los pacientes estudiados, luego la evaluación de la calidad de atención en



UNIVERSIDAD DE CUENCA

salud y nivel de satisfacción de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según el sexo. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Sexo	n	%
Femenino	36	51,4
Masculino	34	48,6
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: En el presente estudio se evaluaron 70 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, de los cuales el 51,4% (36 pacientes) correspondió al sexo femenino y 48,6% (34 pacientes) al sexo masculino, indicando la similitud del sexo en los pacientes con esta enfermedad.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 2. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según el grupo etario. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Grupo etario	n	%
20 a 44 años	7	10,0
45 a 65 años	29	41,4
Más 65 años	34	48,6
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: El grupo etario de 20 a 44 años fue el menos frecuente con 10,0% (7 pacientes), el grupo de 45 a 65 años de edad tuvo una frecuencia de 41,4% (29 pacientes) y el más predominante fue el de más de 65 años con 48,6% (34 pacientes).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 3. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según el estado civil. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Estado civil	n	%
Soltero	9	12,9
Casado	42	60,0
Divorciado	2	2,9
Viudo	16	22,8
Unión Libre	1	1,4
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: El 60% de los pacientes tuvo un estado civil de casado y el 22,8% de viudo. La menor frecuencia se observó en los solteros 12,9% y unión libre con 1,4%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 4. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según el nivel de instrucción. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Nivel de instrucción	n	%
Analfabeta	5	7,1
Primaria	42	60,0
Secundaria	16	22,9
Superior	7	10,0
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: El nivel de instrucción primaria fue el más frecuente con 60% (42 pacientes), seguido de educación secundaria con 22,9%; educación superior 10,0% y analfabeta 7,1%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 5. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según la ocupación. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Ocupación	n	%
Ninguna	30	42,9
Quehaceres del hogar	20	28,6
Artesano	2	2,9
Jubilado	3	4,3
Otro	15	21,3
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: La mayoría de los pacientes no tuvieron alguna ocupación con el 42,9% (30 pacientes), el 28,6% realizó quehaceres del hogar y el 21,3% alguna otra ocupación.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 6. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según la residencia. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Residencia	n	%
Rural	24	34,3
Urbana	46	65,7
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: El 65,7% (46 pacientes) tuvo una procedencia urbana, mientras que el 34,3% (24 pacientes) tuvo una procedencia rural.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 7. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según las comorbilidades. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Comorbilidades	n	%
Hipertensión arterial	44	62,9
Diabetes mellitus	17	24,3
Ambas	4	5,7
Otra	5	7,1
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: La mayoría de los pacientes tuvo como comorbilidad a la hipertensión arterial con un 62,9% (44 pacientes) seguido de la diabetes mellitus con 24,3% (17 pacientes).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 8. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según el tiempo de diálisis. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Tiempo de diálisis	n	%
6 meses a 11 meses	22	31,4
1 a 5 años	43	61,5
Más de 5 años	5	7,1
Total	70	100,0

Fuente: encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: El 31,4% (22 pacientes) tiene un tiempo de diálisis menor a 1 año; 61,5% (43 pacientes) entre 1 a 5 años y 7,1% (5 pacientes) un tiempo mayor a 5 años.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 9. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según el tipo de acceso vascular. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Tipo de acceso vascular	n	%
Fístula arteriovenosa interna	52	74,3
Injerto protésico	1	1,4
Catéter permanente	9	12,9
Catéter temporal	8	11,4
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: La fístula arteriovenosa fue el tipo de acceso vascular más frecuente con 74,3% (52 pacientes), seguido por el catéter permanente con 12,9% (9 pacientes), el catéter temporal 11,4% (8 pacientes) y con menor frecuencia 1,4% (1 paciente) el injerto protésico.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 10. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según la calidad de asistencia en la unidad Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Escala de calidad de asistencia en la unidad de hemodiálisis	Parámetros de evaluación									
	La facilidad para llegar al hospital ha sido		Las señalizaciones para llegar al servicio de hemodiálisis		La apariencia que tiene la sala de hemodiálisis		La comodidad de las instalaciones		La tecnología de los equipos médicos	
Clave de respuesta	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mucho mejor de lo que esperaba	53	75,7	51	72,9	61	87,1	60	85,7	66	94,2
Mejor de lo que esperaba	15	21,5	18	25,7	8	11,5	7	10,1	3	4,2
Como lo esperaba	2	2,8	1	1,4	1	1,4	3	4,2	1	1,4
Peor de lo que esperaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mucho peor de lo que esperaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	70	100,0	70	100,0	70	100,0	70	100,0	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: Fue considerado como mucho mejor de lo esperado: la facilidad para llegar al hospital en un 75,7% (53 pacientes), las señalizaciones para llegar al servicio de hemodiálisis en un 72,9% (51 pacientes), la apariencia de la sala de hemodiálisis en un 87,1% (61 pacientes), la comodidad de las instalaciones en un 85,7% (60 pacientes) y la tecnología de los equipos médicos en un 94,2% (66 pacientes).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 11. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica según la calidad de asistencia del personal de hemodiálisis. Centro Dialilife - Cuenca, 2017. (Parte I)

Escala de calidad de asistencia en el personal de hemodiálisis	Parámetros de evaluación									
	La apariencia del personal ha sido		El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido		La disposición del personal para ayudarlo ha sido		La confianza que el personal transmite a los pacientes ha sido		La amabilidad del personal en su trato ha sido	
Clave de respuesta	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mucho mejor de lo que esperaba	66	94,4	64	91,4	60	85,7	61	87,1	62	88,6
Mejor de lo que esperaba	4	5,6	5	7,2	9	12,9	7	10,0	7	10,0
Como lo esperaba	0	0,0	1	1,4	1	1,4	2	2,9	1	1,4
Peor de lo que esperaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mucho peor de lo que esperaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	70	100,0	70	100,0	70	100,0	70	100,0	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis refirieron que fue mucho mejor de lo que esperaban: 94,4% la apariencia del personal; 91,4% el interés del personal por cumplir lo que prometen; 85,7% la disposición del personal para ayudarlos; 87,1% la confianza transmitida por el personal y 88,6% la amabilidad del personal.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 12. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica según la calidad de asistencia del personal de hemodiálisis. Centro Dialilife - Cuenca, 2017. (Parte II)

Escala de calidad de asistencia en el personal de hemodiálisis	Parámetros de evaluación									
	La capacitación del personal para realizar su trabajo ha sido		El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido		La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido		La información que los médicos proporcionan ha sido		La información que los médicos dan a los familiares ha sido	
Clave de respuesta	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mucho mejor de lo que esperaba	65	92,9	64	91,4	61	87,1	63	90,0	63	90,0
Mejor de lo que esperaba	5	7,1	4	5,7	9	12,9	7	10,0	6	8,6
Como lo esperaba	0	0,0	2	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Peor de lo que esperaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mucho peor de lo que esperaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	70	100,0	70	100,0	70	100,0	70	100,0	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis refirieron que fue mucho mejor de lo que esperaban en el 92,9% con respecto a la capacitación del personal; 91,4% en el trato personalizado; 87,1% en la capacidad para comprender las necesidades de los pacientes; 90,0% sobre la información que los médicos les proporcionan y 90,0% en cuanto a la información que les proporcionan a los familiares.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 13. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica según la calidad de asistencia del personal de hemodiálisis. Centro Dialilife - Cuenca, 2017. (Parte III)

Escala de calidad de asistencia en el personal de hemodiálisis	Parámetros de evaluación							
	El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido		Información que da la enfermera sobre la higiene corporal ha sido		Información que da la enfermera relacionada con la alimentación ha sido		Información que da la enfermera relacionada con las actividades diarias ha sido	
Clave de respuesta	n	%	n	%	n	%	n	%
Mucho mejor de lo que esperaba	61	87,2	45	64,3	54	77,1	49	70,0
Mejor de lo que esperaba	7	10,0	14	20,1	10	14,5	12	17,4
Como lo esperaba	1	1,4	8	11,4	4	5,6	5	7,0
Peor de lo que esperaba	1	1,4	2	2,8	2	2,8	3	4,2
Mucho peor de lo que esperaba	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,4
Total	70	100,0	70	100,0	70	100,0	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: Los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis refirieron que fue mucho mejor de lo que esperaban: 87,2% el interés del personal de enfermería por los pacientes; 64,3% la información que da la enfermera sobre la higiene corporal; 77,1% la información que da la enfermera sobre la alimentación y 70,0% en la información que da la enfermera sobre las actividades relacionadas con la vida diaria.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 14. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según la calidad de asistencia en el funcionamiento de hemodiálisis. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Escala de calidad de atención en el funcionamiento de la hemodiálisis	Parámetros de evaluación					
	El tiempo de espera para ser atendido por el médico ha sido		La rapidez con que consigues lo que se pide ha sido		Puntualidad de las sesiones de hemodiálisis	
Clave de respuesta	n	%	n	%	n	%
Mucho mejor de lo que esperaba	60	85,7	53	75,7	58	82,9
Mejor de lo que esperaba	9	12,9	14	20,1	7	10,1
Como lo esperaba	1	1,4	3	4,2	5	7,0
Peor de lo que esperaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mucho peor de lo que esperaba	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	70	100,0	70	100,0	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: Los pacientes consideraron como mucho mejor de lo que esperaban: el tiempo de espera para ser atendidos en un 85,7%; la rapidez con la que se consigue lo que se pide en un 75,7% y la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis en un 82,9%.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 15. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según el nivel de satisfacción con los cuidados sanitarios. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Nivel de satisfacción	n	%
Muy satisfecho	54	77,2
Satisfecho	14	20,0
Poco satisfecho	1	1,4
Nada satisfecho	1	1,4
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: El 77,2% refiere estar muy satisfecho con los cuidados sanitarios, asimismo el 20,0% refirió estar satisfechos. Por otra parte, solo un 1,4% (1 paciente) manifestó estar poco satisfecho y un 1,4% (1 paciente) nada satisfecho. Casi la totalidad de los pacientes reportaron estar satisfechos o muy satisfechos (97,2%) con los cuidados sanitarios relacionados con la hemodiálisis.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 16. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según la recomendación de los servicios a otras personas. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Recomendaría el servicio a otras personas	n	%
Sin dudarlo	66	94,2
Tengo dudas	2	2,9
Nunca	2	2,9
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: El 94,2% de los pacientes manifestaron recomendar a otras personas los servicios de hemodiálisis. Esto sugiere que están satisfechos con los cuidados ofrecidos por el personal de salud y las instalaciones del servicio de hemodiálisis.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 17. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según el tiempo de ingreso en el hospital. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

Tiempo de ingreso en el hospital	n	%
Menos del necesario	22	31,4
El tiempo necesario	48	68,6
Más de lo necesario	0	0
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: La mayoría de los pacientes refirieron tener un tiempo necesario de ingreso en el hospital con 68,6% (48 pacientes) y 31,4% (22 pacientes) refirieron tener menor tiempo del necesario ingresados en el hospital.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 18. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según el conocimiento del nombre del personal de salud. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

	n	%
Conoce el nombre del médico		
Si	68	97,1
No	2	2,9
Total	70	100,0
Conoce el nombre de la enfermera		
Si	66	94,3
No	4	5,7
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: El 97,1% (68 pacientes) refirió conocer el nombre del médico y el 94,3% (66 pacientes) afirmó conocer el nombre de la enfermera.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 19. Distribución de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis según la información que ha recibido. Centro Dialilife - Cuenca, 2017.

	n	%
Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba		
Si	70	100,0
No	0	0
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por: Autores.

Análisis: Todos los pacientes (100,0%) refirieron haber recibido suficiente información sobre su situación de salud.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

7. DISCUSIÓN

La enfermedad renal crónica representa un problema de salud pública en todo el mundo, ya que tiene una prevalencia considerable en la población, condicionando altos costos en salud para los sistemas sanitarios regionales y nacionales de todos los países independientemente de su estado de desarrollo (106). La enfermedad renal crónica en hemodiálisis tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, por lo que resulta importante estudiar el nivel de satisfacción en los servicios de hemodiálisis, con el objetivo de establecer un diagnóstico situacional de la percepción de los individuos sobre el cuidado de su enfermedad, en búsqueda de mejorar los aspectos más relevantes que puedan afectar en la adherencia al tratamiento de la diálisis que es vital para estos pacientes.

En el presente estudio se encontró una similar frecuencia de hombres (48,6%) y mujeres (51,4%). Este comportamiento puede ser producto de la distribución sociodemográfica de los pacientes, ya que existen estudios que reportan frecuencias similares. A nivel regional en Azogues, Cárdenas y colaboradores llevaron a cabo un estudio en 129 pacientes pertenecientes al servicio de hemodiálisis del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2017, donde los pacientes tuvieron una similar distribución en cuanto al sexo, (hombres 44,2% y mujeres 55,8%) (107).

El grupo etario más frecuente fue el de más de 65 años con un 48,6%, indicando que los adultos mayores son los más prevalentes en los servicios de hemodiálisis, este aspecto tiene estrecha relación con el hecho de que a medida que aumenta la edad disminuye la función renal tanto en hombres como en mujeres (109). Falodia y colaboradores afirmaron que la población anciana tiene una mayor probabilidad de desarrollar enfermedad renal crónica, por una mayor cantidad de daños renales producto de la edad y de comorbilidades asociadas (110). Además Kazancioğlu y colaboradores mencionaron en su estudio



UNIVERSIDAD DE CUENCA

realizado en la población anciana, que más del 50% tenía enfermedad renal crónica, indicando el importante efecto deletéreo que tiene la edad sobre la función renal (111). Por otra parte, 7 casos (10%) de los pacientes tuvieron una edad correspondiente a la de adulto joven, en los cuales la enfermedad renal crónica si bien es menos frecuente, se debe principalmente a malformaciones congénitas del tracto genitourinario, toxicidad por fármacos y enfermedades hereditarias que comprometen el funcionalismo renal (112).

La mayoría de los pacientes estudiados tuvo un nivel educativo bajo (60,0% primaria y 7,1% analfabeta), lo cual tiene un impacto negativo sobre la evolución de la enfermedad al tener una mayor tendencia a la poca adherencia y control médico de la enfermedad. La educación del paciente sobre su enfermedad es un punto de vital importancia que debe ser siempre abordado en todo paciente, Vázquez y colaboradores realizaron un estudio en 22 pacientes pertenecientes a un servicio de hemodiálisis en México con el objetivo de determinar la influencia del apoyo educativo de enfermería en el patrón de vida del paciente, encontrando que posterior a la intervención educativa el 100% de los pacientes mantuvo un patrón de vida protector, sugiriendo el papel trascendente de enfermería en la promoción de conductas generadoras de salud (113).

El 42,9% de los pacientes estudiados no realizaba ninguna ocupación al momento del estudio, lo que indica que la enfermedad renal crónica en hemodiálisis puede influir negativamente en el desenvolvimiento de las actividades diarias de los pacientes. Tal comportamiento fue observado por Julián-Mauro y colaboradores en su estudio realizado en 243 pacientes de 8 hospitales españoles, encontrando que tan sólo el 33,3 % de los pacientes con enfermedad renal en edad laboral tienen una ocupación, considerándose que es una enfermedad con alto potencial de generar incapacidad laboral (114).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Las comorbilidades más frecuentes de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis fueron la hipertensión arterial (62,9%) y diabetes mellitus (24,3%). Estas comorbilidades son las principales causas de enfermedad renal a nivel mundial, lo cual es alarmante ya que la Organización Mundial de la Salud ha mencionado que la prevalencia de hipertensión arterial para el año 2025 aumentará a 1,56 billones de personas, por lo que se conducirá a un incremento de la prevalencia de esta enfermedad si los organismos de salud competentes no toman las medidas pertinentes para detener y prevenir esta situación. De manera similar la diabetes mellitus también es considerada como un problema de salud pública, ya que se ha descrito según la Federación Internacional de Diabetes que para el año 2030 existirán 439 millones de personas a nivel mundial con diabetes mellitus (115).

En cuanto a la calidad de asistencia percibida la mayoría de los pacientes mencionaron que “fue mejor de lo que esperaban” en todos los aspectos evaluados. Los porcentajes más bajos observados se encontraron en relación a la información que proporcionaba la enfermera a los pacientes en cuanto a la higiene corporal, alimentación y actividades diarias. Por lo tanto, este sería un punto a tomarse en cuenta para mantener, promover y aumentar la calidad de atención percibida por los pacientes. Ángel y colaboradores recomiendan el uso de una adecuada información y educación del paciente por parte del personal de enfermería, ya que permite mejorar los resultados de la percepción de calidad de atención, crear actitudes positivas en cuanto al tratamiento y ser más independientes, promoviendo un cambio significativo en el autocuidado (116).

El 77,2% de los pacientes refirió estar muy satisfecho con los cuidados sanitarios, y el 20,0% refirió estar satisfecho, por lo tanto, el 97,2% de los pacientes está satisfecho con su atención y cuidado en salud. Estos resultados fueron más óptimos comparados a los descritos por Castro-



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Sarralde y colaboradores en un estudio que tuvo por objetivo evaluar la satisfacción del paciente con enfermedad renal crónica con respecto al cuidado de enfermería, llevado a cabo en 300 pacientes con una distribución del sexo de 51,7% (mujeres) y 48,3% (hombres), se obtuvo que el 39,0% de los pacientes estuvieron “muy satisfechos” con la atención brindada por el personal de enfermería. No obstante, esta percepción estuvo modificada por el nivel de instrucción educativa, siendo mayor el nivel de satisfacción en los pacientes con escolaridad primaria y secundaria comparado con los pacientes con una escolaridad superior; concluyéndose que el grado de satisfacción no solo depende de los servicios sino también de las expectativas del paciente (117).

Un estudio realizado en España por Pérez Domínguez y colaboradores en 187 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis a los cuales se les aplicó el cuestionario SERVQHOS modificado, encontró que los niveles de satisfacción fueron elevados, similar a los hallazgos encontrados en el presente estudio, enfatizando que los aspectos valorados negativamente fueron el tiempo de espera, servicio de ambulancias y calidad de la comida; además la edad del paciente, el tiempo de diálisis, sexo y turno de diálisis se comportaron como modificadores del nivel de satisfacción. Estos aspectos deben ser tomados en cuenta para mejorar la satisfacción percibida por los pacientes con enfermedad renal crónica (118).

Los hallazgos del presente estudio en relación a la alta satisfacción demostrada tuvieron una congruencia con otros aspectos evaluados, ya que la mayoría de los pacientes tuvo una percepción mejor de lo que esperaba con respecto al servicio de salud, además estos pacientes recomendarían el servicio a otras personas, y casi la totalidad conocían los nombres del personal médico y de enfermería. Lo que indica que al mejorar todos estos factores aumenta la probabilidad de que el paciente tenga un alto nivel de satisfacción y de calidad de vida. Un estudio



UNIVERSIDAD DE CUENCA

realizado por Mira y colaboradores en cinco hospitales de España, encontró que el 59,2% de los pacientes manifestó una satisfacción por el servicio de hemodiálisis, siendo un importante predictor de satisfacción el hecho de conocer el nombre del personal médico o enfermería (119).

El centro de hemodiálisis Dialilife mostró un patrón con una buena calidad de atención, de este modo se reducen las complicaciones derivadas del tratamiento de hemodiálisis y se aumenta la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica. En un estudio regional, llevado a cabo en la ciudad de Azogues-Ecuador, Peralta y colaboradores evaluaron a 77 pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, con características sociodemográficas similares a las del presente estudio, quienes concluyeron que las complicaciones se observan en el 20,7% de los pacientes, siendo más frecuentes las alteraciones hematológicas. Además se hace énfasis sobre la educación en cuanto al autocuidado, así como la educación familiar en el manejo de la enfermedad renal crónica a fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes (120).

Cabe destacar que el 100% de los pacientes consideró haber recibido suficiente información sobre su enfermedad, esto resulta muy importante en la relación médico-paciente ya que el personal de salud tiene el deber de informar todos los detalles de la enfermedad y su tratamiento utilizando un lenguaje entendible. Una buena comunicación entre el personal de salud y el paciente aumenta el nivel de satisfacción y un mejor cumplimiento del tratamiento. Por lo tanto, puede ser un factor relevante por el cual los pacientes del servicio de hemodiálisis Dialilife de Cuenca mostraron un alto nivel de satisfacción, el cual debe ser mantenerse mediante las buenas prácticas del servicio y reforzando la educación de los pacientes, a fin de mejorar la calidad de vida y bienestar de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

8. CONCLUSIONES

- Los pacientes con enfermedad renal crónica en la unidad de hemodiálisis Dialilife de Cuenca se caracterizaron por tener una similar distribución en el sexo femenino (51,4%) y masculino (48,6%); el grupo etario más frecuente fue el de más de 65 años con 48,6%.
- La mayoría de los pacientes tiene un bajo nivel de instrucción educativa con un nivel primario del 60,0% y analfabeta el 7,1%.
- La residencia fue principalmente urbana con 65,7%, mientras que fue rural en el 34,3%.
- El 42,9% de los pacientes no realiza ninguna ocupación en la actualidad. Hecho que demuestra que la enfermedad renal crónica es un factor incapacitante laboral.
- Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial con 62,9% y la diabetes mellitus con 24,3%, Siendo las principales causas de enfermedad renal crónica en la región.
- La mayoría de los pacientes manifestaron que el servicio de hemodiálisis fue mucho mejor de lo que esperaban.
- La satisfacción en la calidad de asistencia en la unidad de hemodiálisis fue clasificada como mucho mejor de lo que esperaban por el 75,7% de los pacientes en relación a la facilidad para llegar al hospital, 72,9% en relación a las señalizaciones para llegar al servicio de hemodiálisis, 87,1% en la apariencia, 85,7% en la comodidad y 94,2% en la tecnología de los equipos médicos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- La satisfacción en la calidad de asistencia en el personal de salud de hemodiálisis fue clasificada como mucho mejor de lo que esperaban en la mayoría de las variables evaluadas, siendo las más bajas en relación con la información que da la enfermera con respecto a: 64,3% información sobre la higiene corporal, 77,1% información sobre la alimentación y 70,0% con la información referente a las actividades diarias.
- El 85,7% mostró una satisfacción mucho mejor de lo que esperaba con respecto al tiempo de espera para ser atendido por el médico; 75,7% con la rapidez con que consigue lo que pide y 82,9% con la puntualidad de las sesiones de hemodiálisis.
- El 77,2% de los pacientes reportó estar muy satisfecho, y el 20% estar satisfecho por los cuidados sanitarios. Por lo tanto, el 97,2% de los pacientes mostró satisfacción adecuadamente, condicionado en gran parte por una buena relación entre el personal de salud y los pacientes.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

9. RECOMENDACIONES

- En vista del elevado nivel de satisfacción de los pacientes, se deben mantener las buenas actividades llevadas a cabo por el personal de salud, así como el cuidado de las instalaciones de la unidad de hemodiálisis.
- Todo paciente que se reporte como insatisfecho debe tomarse en cuenta para intentar solucionar su problema de manera individualizada, con el objetivo de que la totalidad de los pacientes tengan un pleno bienestar con respecto a su tratamiento que es de gran importancia vital.
- El personal de enfermería del centro de hemodiálisis Dialilife debe encontrarse en una capacitación periódica y continua que les permita manejar de forma integral a los pacientes, así como educar activamente a los mismos en cuanto a su higiene personal, alimentación y actividades diarias que puedan realizar.
- Se sugiere llevar a cabo evaluaciones periódicas del nivel de satisfacción a todos los pacientes, con el objetivo de realizar una retroalimentación que intente mejorar el servicio brindado, así como detectar precozmente las inconformidades o falta de satisfacción en los pacientes que las reporten.
- Se deben ejecutar estudios analíticos que evalúen los factores asociados a la insatisfacción de los pacientes, así como el impacto que tiene sobre la calidad de vida, tanto a nivel regional como nacional.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Nicola L, Zoccali C. Chronic kidney disease prevalence in the general population: heterogeneity and concerns. *Nephrol Dial Transplant*. 1 de marzo de 2016;31(3):331-5.
2. Gamarra G. Epidemiology of chronic renal failure. *Acta Medica Colomb*. julio de 2013;38(3):116-7.
3. Gonzalez-Bedat MC, Rosa-Diez G, Ferreiro A. El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. *Nefrol Latinoam*. 1 de enero de 2017;14(1):12-21.
4. Chertow GM, Block GA, EVOLVE Trial Investigators. Effect of cinacalcet on cardiovascular disease in patients undergoing dialysis. *N Engl J Med* 2012;367:2482–94.
5. Morton RL, Snelling P, Webster AC, Rose J, Masterson R, Johnson DW, et al. Dialysis modality preference of patients with CKD and family caregivers: a discrete-choice study. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. julio de 2012;60(1):102-11.
6. Arango P, Chía CC. Gestión clínica no deshumanizada. *Acta Med Colomb*, 2012; 37(1), 38-40.
7. Menéndez RG. Humanismo y gestión de salud en el siglo XXI ¿Avanzamos o retrocedemos?. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2016; 42(3), 2.
8. Starfield B. Atención primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*, 2012; 1: 20-26.
9. Galván HR., Moctezuma JM, Dolci GF, López, DO. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista Conamed*, 2015; 17(4): 172-175.
10. Ruiz de Alegría-Fernández de Retana B, Basabe-Barañano N, Saracho-Rotaeché R. El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrol Madr*. 2013;33(3):342-54.
11. Mitchell C. OPS OMS | La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 10 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10



UNIVERSIDAD DE CUENCA

542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

12. Tobar SDS. Hemodiálisis: Antecedentes históricos, su epidemiología en Latioamérica y perspectivas para el Ecuador. UNIANDES EPISTEME. 22 de febrero de 2016;3(1, mar):1-19.
13. Caamaño AJ, Romero YR, Fuentealba NG. Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile. Horizontes empresariales, 2015; 9(2), 51-72.
14. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Aten Primaria. 2011;44:107-13.
15. Hernández Meca E, Ochando García A, Mora Canales J, Lorenzo Martínez S, López Revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrológica. junio de 2005;8(2):90-6.
16. Palmer SC, de Berardis G, Craig JC, Tong A, Tonelli M, Pellegrini F, et al. Patient satisfaction with in-centre haemodialysis care: an international survey. BMJ Open. 19 de mayo de 2014;4(5):e005020.
17. Tejada-Tayabas LM, Partida-Ponce KL, Hernández-Ibarra LE, Tejada-Tayabas LM, Partida-Ponce KL, Hernández-Ibarra LE. Coordinated hospital-home care for kidney patients on hemodialysis from the perspective of nursing personnel. Rev Lat Am Enfermagem. abril de 2015;23(2):225-33.
18. Cassaretto M, Paredes R. Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Revista de Psicología, 2012; 24(1), 109-140.
19. Rodríguez García MJ, Del Castillo Arévalo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. Enfermería Global, 2012; 11(25), 207-218.
20. Martín RA. Satisfacción del paciente en hemodiálisis como criterio de calidad asistencial en enfermería. Revista Mexicana de Urología 2014, 74(5): 292-295.
21. Ulloa Ordóñez MM. Satisfacción percibida por los pacientes sometidos a hemodiálisis en la Unidad de Hemodiálisis Omar Isaac Mohamed, Chinandega, durante enero a febrero del 2011. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. 2011.
22. Lozada S, Engreed M. Percepción de la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes que reciben terapia sustitutiva renal en el servicio



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- de hemodiálisis del hospital Carlos Andrade Marín. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2013.
23. Oliveira E. El papel de la enfermería en la sesión de hemodiálisis. Rev Científica Multidiscip Núcleo Conhecimento [Internet]. 23 de noviembre de 2017 [citado 24 de marzo de 2018]; Disponible en: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/hemodialisis>
 24. Rodríguez Rivas R, Sánchez García A. Atención de enfermería en la unidad de hemodiálisis a un paciente cada vez más anciano. Enferm Nefrológica. 2013;16:168-9.
 25. Cortés D, Oyarzo C. grado de satisfacción de satisfacción de los pacientes en hemodiálisis, en relación a las prestaciones otorgadas por los centros de diálisis en la ciudad de Puerto Montt. Tesis previa la obtención del grado de licenciado en administración. Universidad Austral de Chile. 2013.
 26. Sánchez Calle, M. Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014. Tesis previa la obtención del título de Especialista en Enfermería en Nefrología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016.
 27. Barragán Becerra JA., Moreno M, María, C. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. Enfermería Global, 2013; 12(29), 217-230.
 28. Malheiro Oliveira P, Arruda Soares D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. Enferm Glob. octubre de 2012;11(28):257-75.
 29. Lorenzo Sellarés V. Enfermedad renal crónica. En Spain: Grupo Editorial Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología; 2012 [citado 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-enfermedad-renal-cronica-XX342164212000426>
 30. Hallan SI, Ritz E, Lydersen S, Romundstad S, Kvenild K, Orth SR. Combining GFR and albuminuria to classify CKD improves prediction of ESRD. J Am Soc Nephrol JASN. mayo de 2009;20(5):1069-77.
 31. Rufino JM, García C, Vega N, Macía M, Hernández D, Rodríguez A, et al. Diálisis peritoneal actual comparada con hemodiálisis: análisis de supervivencia a medio plazo en pacientes incidentes en diálisis en la Comunidad Canaria en los últimos años. Nefrol Madr. 2011;31(2):174-84.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

32. Albañil Frías T, Ramírez Moreno M, Crespo Montero R. Análisis de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia. *Enfermería Nefrológica* 2014, 17(3), 167-174.
33. Rodríguez Fernández AM. Percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodialisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud 2014. Tesis previa la optención del título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.
34. Alvarado Robles LE.,Angulo de León DG. Impacto del rol de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Instituto de Riñon y Dialisis INRRSI San Martín de la Ciudad de Guayaquil 2013. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermeria. 2014.
35. WHO | How can we achieve global equity in provision of renal replacement therapy? [Internet]. WHO. [citado 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/07-041715/en/>
36. Chadban SJ, Briganti EM, Kerr PG, Dunstan DW, Welborn TA, Zimmet PZ, et al. Prevalence of kidney damage in Australian adults: The AusDiab kidney study. *J Am Soc Nephrol JASN*. julio de 2003;14(7 Suppl 2):S131-138.
37. Brück K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Völzke H, Ärnlöv J, et al. CKD Prevalence Varies across the European General Population. *J Am Soc Nephrol*. 23 de diciembre de 2015;ASN.2015050542.
38. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. enero de 2003;41(1):1-12.
39. PAHO. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento | OPS OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 24 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
40. Cárdenas Rea, Tamara Alexandra. Prevalencia y Etiología de Enfermedad Renal Crónica en el Hospital “Carlos Andrade Marín” en el período enero 2011-agosto 2012. Universidad del Azuay. 2012.
41. Abril J, Sánchez J. Características de la Enfermedad Renal Crónica en el Ecuador en el años 2009 hasta el 2012; Universidad de Cuenca, Cuenca –Ecuador, 2014.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

42. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Eberhardt MS, Flegal KM, Engelgau MM, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. population: National Health And Nutrition Examination Survey 1999-2002. *Diabetes Care*. junio de 2006;29(6):1263-8.
43. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA*. 7 de noviembre de 2007;298(17):2038-47.
44. Ahmad S, Misra M, Hoenich N Daugirdas JT: Hemodialysis Apparatus en *Handbook of Dialysis*. Fourth Edition. John T Daugirdas, Peter G Blake and Toddo S Ing (Eds). Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2007: 59-78.
45. Johnson DW, Brown FG, Clarke M, Boudville N, Elias TJ, Foo MWY, et al. Effects of biocompatible versus standard fluid on peritoneal dialysis outcomes. *J Am Soc Nephrol JASN*. junio de 2012;23(6):1097-107.
46. Antón-Pérez G, Pérez-Borges P, Alonso-Almán F, Vega-Díaz N. Accesos vasculares en hemodiálisis: un reto por conseguir. *Nefrol Madr*. 2012;32(1):103-7.
47. Santoro D, Savica V, Bellinghieri G. Vascular access for hemodialysis and cardiovascular complications. *Minerva Urol E Nefrol Ital J Urol Nephrol*. marzo de 2010;62(1):81-5.
48. Santoro D, Benedetto F, Mondello P, Pipitò N, Barillà D, Spinelli F, et al. Vascular access for hemodialysis: current perspectives. *Int J Nephrol Renov Dis*. 8 de julio de 2014;7:281-94.
49. Basile C, Konner K, Lomonte C. The haemodialysis arteriovenous graft: is a new era coming? *Nephrol Dial Transplant*. 1 de marzo de 2012;27(3):876-8.
50. Shah AS, Valdes J, Charlton-Ouw KM, Chen Z, Coogan SM, Amer HM, et al. Endovascular treatment of hemodialysis access pseudoaneurysms. *J Vasc Surg*. abril de 2012;55(4):1058-62.
51. Rossi UG, Rigamonti P, Tichà V, Zoffoli E, Giordano A, Gallieni M, et al. Percutaneous ultrasound-guided central venous catheters: the lateral in-plane technique for internal jugular vein access. *J Vasc Access*. febrero de 2014;15(1):56-60.
52. Lamperti M, Bodenham AR, Pittiruti M, Blaivas M, Augoustides JG, Elbarbary M, et al. International evidence-based recommendations on ultrasound-guided vascular access. *Intensive Care Med*. julio de 2012;38(7):1105-17.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

53. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: central line-associated blood stream infections-United States, 2001, 2008, and 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 4 de marzo de 2011;60(8):243-8.
54. Misra M. The basics of hemodialysis equipment. *Hemodial Int.* enero de 2005;9(1):30-6.
55. Mitra S, Mitsides N. Technical Aspects of Hemodialysis. En: Magee CC, Tucker JK, Singh AK, editores. *Core Concepts in Dialysis and Continuous Therapies* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 2016 [citado 25 de marzo de 2018]. p. 15-26. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4899-7657-4_2
56. Kumbar L, Karim J, Besarab A. Surveillance and monitoring of dialysis access. *Int J Nephrol.* 2012;2012.
57. Stegmayr B, Forsberg U, Jonsson P, Stegmayr C. The sensor in the venous chamber does not prevent passage of air bubbles during hemodialysis. *Artif Organs.* 2007;31(2):162–6.
58. Finelli L, Miller JT, Tokars JI, Alter MJ, Arduino MJ. Special Article: National Surveillance of Dialysis-Associated Diseases in the United States, 2002: Annual Dialysis Center Survey. *Semin Dial.* 21 de enero de 2005;18(1):52-61.
59. Malinauskas RA. Decreased hemodialysis circuit pressures indicating postpump tubing kinks: A retrospective investigation of hemolysis in five patients. *Hemodial Int.* julio de 2008;12(3):383-93.
60. Raimann J, Liu L, Tyagi S, Levin NW, Kotanko P. A fresh look at dry weight. *Hemodial Int.* octubre de 2008;12(4):395-405.
61. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y salud,* 2013; 18(2), 165-179.
62. Morgan L. A Decade Review: Methods to Improve Adherence to the Treatment Regimen Among Hemodialysis Patients. *Nephrol Nurs J.* 2000; 27(3): 299-304.
63. Herrera-Añazco P, Palacios-Guillen M, Mezones-Holguin E, Hernández AV, Chipayo-Gonzales D. Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. *An Fac Med.* octubre de 2014;75(4):323-6.
64. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, et al. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care.* 2007 May;16(3):222-35.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

65. Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist.* 2011;26:331-2.
66. Ardila S. Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según usuarios de Unisalud. Investigación cualitativa con enfoque etnográfico. Universidad Nacional de Colombia, 2006.
67. Huicho L, Canseco FD, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cad Saude Publica.* abril de 2012;28(4):729-39.
68. Gouarnaluses B, Carmen M del, Álvarez M, Rosa N, Montoya Medina M. Evaluación de la satisfacción en salud: un reto en la atención estomatológica. *MEDISAN.* julio de 2014;18(7):923-7.
69. Massip Pérez C, Reyes O, María R, Abreu L, Carmen M del, Peña Fortes M, et al. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cuba Salud Pública.* diciembre de 2008;34(4):0-0.
70. Garrigó Abreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías prácticas clínica de caries dental. En: Sosa Rosales M. *Guías Prácticas de Estomatología.* 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007: 23-5.
71. Suárez LN. Marketing de salud: calidad de los servicios. Competencia. Determinantes de la calidad. Calidad total. En: Fernández CE, Castell Florit SP. *Sistema de capacitación gerencial en salud: selección de temas.* La Habana: MINSAP; 2007: 222-8.
72. Ortiz B, Miguel Y, Vega Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc Enferm.* diciembre de 2014;20(3):81-94.
73. Mira JJ, Buil J, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gac Sanit.* 2000; 14(4): 291-93.
74. Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clínica.* :19-26.
75. Sánchez-Islas AL. Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan HGO. Tesis previa la obtención del título de médico cirujano. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México. 2005.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

76. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 1988; 64(1): 12-40.
77. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998; IV:12-18.
78. Rodríguez González D, Sanjuán Hernández D. Satisfacción percibida por los pacientes en el servicio de hemodiálisis del hospital general de La Palma. *Enferm Nefrológica*. junio de 2013;16(2):75-82.
79. Correa-Rotter R, Cusumano A. Present, Prevention, and Management of Chronic Kidney Disease in Latin America. *Blood Purif* 2008; 26: 90-94.
80. Cárdenas Calle JP, Solórzano Chimborazo LE, Serrano Vélez DG, Calle Crespo AP, Sinchi Suquilanda JC, Vicuña Yumbra AM, et al. Caracterización de las causas de enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Azogues-Ecuador 2017. *Síndr Cardiometabólico*. 3 de enero de 2018;7(1):39-43.
81. Iseki K. Factors influencing the development of end-stage renal disease. *Clin Exp Nephrol*. 2005;9:5–14.
82. Falodia J, Singla MK. CKD epidemiology and risk factors. *Clin Queries Nephrol*. 2012;1:249–252.
83. Kazancioğlu. Risk factors for chronic kidney disease: an update. *Kidney Int Suppl* (2011). 2013 Dec; 3(4): 368–371.
84. Ferrera JS, Garbey MT, Rodríguez RR. Insuficiencia renal crónica en pacientes menores de 19 años de un sector urbano. *MEDISAN*. 2007;11(3):1-4.
85. Vázquez Espinoza A, Velasco Rodríguez R, Alcaraz Moreno N, Hernández P, Gicela M, Casique Casique L. Apoyo educativo y patrón de vida en el paciente con tratamiento de hemodiálisis. *Enferm Nefrológica*. marzo de 2017;20(1):28-36.
86. Julián-Mauro JC, Molinuevo-Tobalina JÁ, Sánchez-González JC. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. *Nefrol Madr*. 2012;32(4):439-45.
87. Bavbek N, Isik B, Kargili A, et al. Association of obesity with inflammation in occult chronic kidney disease. *J Nephrol*. 2008;21:761-7.
88. Ángel E, Castaño A, Cortes L. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enferm Nefrológica*. septiembre de 2016;19(3):202-13.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

89. Castro-Serralde E, Cadena-Antonio G. Dimensiones de la satisfacción del paciente con insuficiencia renal crónica respecto a la calidad del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 12 de diciembre de 2017;25(4):271-8.
90. Pérez Domínguez T, Rodríguez Pérez A, Suárez Álamo J, Rodríguez Castellano L, Bello G, Ángel M, et al. Satisfacción del paciente en una Unidad de Diálisis: ¿Qué factores modulan la satisfacción del paciente en diálisis? *Enferm Nefrológica.* junio de 2012;15(2):101-7.
91. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gac Sanit.* 1 de enero de 2000;14(4):291-3.
92. Peralta ME, Peralta BM, Peralta NL. Complicaciones más frecuentes durante el tratamiento hemodialítico en pacientes con enfermedad renal crónica, hemodial Azogues mayo - julio, 2015. Tesis previa la obtención del título de licenciado en enfermería. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2015.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

**CALIDAD Y NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS
PACIENTES DEL CENTRO DE DIALILIFE - CUENCA 2017**

Número de identificación: _____

Edad: _____ años

Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____

Estado civil: Soltero: _____ Casado: _____; Divorciado: _____; Viudo: _____; Unión Libre: _____

Nivel de instrucción: Analfabeta: _____; Primaria: _____; Secundaria: _____; Superior: _____

Ocupación: Ninguna: _____; Quehaceres del hogar: _____; Agricultor: _____; Artesano: _____

Jubilado: _____; Otro: _____

Procedencia: Rural: _____; Urbana: _____

Comorbilidades: DM: _____; HTA: _____; ECV: _____; Otra: _____

Tiempo de diálisis: Menos de 1 año: _____; 1 a 5 años: _____; Más de 5 años: _____

Tipo de acceso vascular: Fístula arteriovenosa interna: _____; Injerto protésico: _____;

Catéter permanente: _____; Catéter temporal: _____



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 2

Cuestionario SERVQHOS modificado por Rodríguez-González (105)

Le agradecemos muy sinceramente su interés al realizar la encuesta y su atención para con nuestro trabajo, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

Basándose en su experiencia señale si la calidad de la asistencia sanitaria que le ha proporcionado el servicio de hemodiálisis ha sido mejor o peor de lo que Vd. Esperaba. Si cree, por ejemplo, que ha sido MUCHO PEOR de lo que esperaba ponga una X en la casilla 1. Si ha sido MUCHO MEJOR de lo que esperaba, ponga la X en la casilla 5, y así sucesivamente.

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como se lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5
En la unidad de Hemodiálisis					
La facilidad para llegar al hospital ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse hasta llegar al servicio de hemodiálisis	1	2	3	4	5
El estado en que está la sala de hemodiálisis (aparencia) ha sido	1	2	3	4	5
Comodidad de las instalaciones	1	2	3	4	5
La Tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
El personal de Hemodiálisis					
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarlo cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
¿Conoce el nombre de la enfermera que le atiende habitualmente?					
<input type="checkbox"/> Si			<input type="checkbox"/> No		

El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
Información que da la enfermera relacionada con higiene corporal (catéter/FAV/prótesis)	1	2	3	4	5
Información que da la enfermera relacionada con alimentación	1	2	3	4	5
Información que da la enfermera relacionada con las actividades diarias	1	2	3	4	5
El funcionamiento de Hemodiálisis					
El tiempo de espera para ser atendido por el médico ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
Puntualidad de las sesiones de hemodiálisis	1	2	3	4	5

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

Indique su nivel de satisfacción general con los cuidados sanitarios que ha recibido			
<input type="checkbox"/> Muy satisfecho	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Poco satisfecho	<input type="checkbox"/> Nada satisfecho
Recomendaría este servicio a otras personas			
<input type="checkbox"/> Sin dudarlo	<input type="checkbox"/> Tengo dudas	<input type="checkbox"/> Nunca	
Si pudiera elegir, repetiría en el mismo servicio de hemodiálisis			
<input type="checkbox"/> Sin dudarlo	<input type="checkbox"/> Tengo dudas	<input type="checkbox"/> Nunca	
¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?			
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
¿A su juicio, ha estado ingresado en el hospital?			
<input type="checkbox"/> Menos de los necesario	<input type="checkbox"/> El tiempo necesario	<input type="checkbox"/> Más de lo necesario	
¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?			
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	
¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?			
<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No	



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 3

Universidad de Cuenca
Facultad de ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CALIDAD Y NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE DIALILIFE - CUENCA 2017

Nosotros, Cynthia Marcela Largo Coello con CI. 0106441975 y Marcos Antonio Zamaniego Ávila con CI. 0104982061, estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, autores de la presente investigación, solicitamos de su consentimiento informado para participar en la misma.

Introducción:

La calidad de atención en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis es de gran importancia para mantener una buena adherencia al tratamiento y aumentar la calidad de vida en estos pacientes, por lo que resulta importante evaluar la calidad de atención percibida por los mismos para la implementación de políticas que garanticen una mejor evolución de la enfermedad.

Propósito del estudio:

Evaluar la calidad y nivel de satisfacción en la atención de los pacientes del Centro Dialilife - Cuenca.

Recolección de Datos:

Para la obtención de datos se aplicará un instrumento de recolección de datos que involucrará información sociodemográfica y relacionada a los aspectos clínicos y percepciones sobre la calidad de atención en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis del Centro de hemodiálisis Dialilife, Cuenca.

Riesgo/s - Beneficios

La aplicación del formulario no presentará ningún riesgo en los pacientes, ya que se aplicarán preguntas de fácil entendimiento sin que se induzca daño alguno.

Confidencialidad



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de la investigación.

He recibido y leído el formulario que se me ha entregado entendiendo que mi identidad no será revelada, como tampoco se dañará mi integridad física, comprendiendo que este estudio no tendrá ningún costo hacia mi persona, así como también que mi participación será voluntaria pudiendo abandonarla en cualquier momento; asimismo entendiendo que la información proporcionada y los resultados serán confidenciales.

Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar.

Firma de la participante _____ Cl. _____ Fecha: _____

Firma de la investigadora _____ Cl. _____ Fecha: _____

Firma del investigador _____ Cl. _____ Fecha: _____



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 4

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo en años.	Años cumplidos	- 20 a 44 años - 45 a 65 años - Más de 65 años
Sexo	Características fenotípicas que diferencian al hombre de la mujer.	Fenotipo	Fenotipo	- Femenino - Masculino
Estado civil	Condición de la persona en relación a la familia y sociedad, reconocida por las leyes ecuatorianas.	Condición legal	Cédula de identidad	- Soltero - Casado - Viudo - Divorciado - Unión Libre
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados.	Estudios realizados hasta la actualidad	Nivel de educación aprobado	- Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica una persona y desempeña constantemente dentro de un determinado sitio.	Actividad laboral	Actividad laboral a la que se dedica el paciente.	- Ninguna - Quehaceres del hogar - Agricultor - Artesano - Jubilado - Otro
Residencia	Lugar de residencia del paciente	Lugar de residencia	Sitio donde reside	- Urbana - Rural
Comorbilidades	Enfermedades que acompañan a la enfermedad principal de los pacientes.	Comorbilidades	Comorbilidades referidas por el paciente	- Diabetes mellitus - Hipertensión arterial - Enfermedad cerebrovascular - Otra
Tiempo de hemodiálisis	Tiempo transcurrido desde el primer procedimiento de hemodiálisis hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	Tiempo transcurrido	- Menos de 1 año - 1 a 5 años - Más de 5 años
Tipo de acceso vascular	Mecanismo utilizado para acceder al flujo sanguíneo del paciente para el filtrado en el dispositivo utilizado	Acceso vascular	Acceso vascular utilizado en el paciente	- Fístula arteriovenosa interna - Injerto protésico - Catéter



UNIVERSIDAD DE CUENCA

				permanente - Catéter temporal
Calidad de atención	Percepción de los pacientes sobre los medios utilizados para alcanzar las mayores mejoras y cuidados de su salud.	Calidad de atención	Calidad de atención de los pacientes determinada mediante el cuestionario SERVQHOS modificado	<p>1. Mucho peor de lo que esperaba; 2. Peor de lo que esperaba; 3. Como se lo esperaba; 4. Mejor de lo que esperaba y 5. Mucho mejor de lo que esperaba) en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La unidad de Hemodiálisis <ul style="list-style-type: none"> a) La facilidad para llegar. b) Las indicaciones para orientarse hasta llegar al servicio de hemodiálisis. c) El estado en que está la sala de hemodiálisis. d) Comodidad de las instalaciones e) La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos. - Personal de Hemodiálisis <ul style="list-style-type: none"> a) La apariencia del personal b) El interés del personal por cumplir lo que promete c) La disposición del personal e) La confianza del personal f) La amabilidad del personal



UNIVERSIDAD DE CUENCA

				g) El trato personalizado h) La capacidad para comprender i) La información proporcionada j) La información que da la enfermera con respecto a la higiene k) La información que da la enfermera con respecto a la alimentación l) La información que da la enfermera con respecto a la actividad física - Funcionamiento de Hemodiálisis a) El tiempo de espera b) La rapidez con la que se consigue lo que se pide c) Puntualidad de las sesiones
Nivel de satisfacción	Se refiere al nivel de conformidad por parte del paciente ante los servicios brindados para el bienestar y preservación de la salud.	Satisfacción en la atención en salud	Satisfacción sobre la atención de los pacientes determinada mediante el cuestionario SERVQHOS modificado	- Satisfacción con los cuidados recibidos a) Muy satisfecho b) Satisfecho c) Poco satisfecho e) Nada satisfecho -Recomienda el servicio a) Sin dudarlo b) Tengo dudas c) Nunca

Realizado por los autores

Cynthia Marcela Largo Coello
 Marco Antonio Zamaniego Ávila



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 5

Rubro	Valor unitario	Cantidad	Valor total
Papel	0.10 USD	200	20.00 USD
Impresiones, copias, materiales	1.00USD	300	300.00 USD
Internet	0.50 USD	200	100.00 USD
Transporte	2.00USD	20	40.00 USD
Imprevistos			150.00 USD
Total			610.00 USD



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ANEXO 6

Cronograma de actividades

N	Mes /Actividades	1				2				3				4				5				6			
1	Elaboración y presentación del Proyecto de investigación	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elaboración y presentación del Proyecto de investigación	X	X	X																					
2	Recolección de Bibliografía	X	X	X	X	X																			
3	Lectura y elaboración de instrumentos			X	X	X	x	X																	
4	Trabajo de Campo								X	X	X	X	X												
5	Proceso y análisis de Información													X	X	X	X								
6	Redacción del borrador del informe																	X	X						
7	Revisión del borrador del informe																		X	X					
8	Redacción y presentación del informe final.																					X	X	X	X